



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CARRERA ESCALONADA



INFORMACIÓN SOBRE LA LEY N° 18.987, INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO QUE POSEEN LAS MUJERES QUE ASISTEN A LA POLICLÍNICA GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Autores:

Br. Chaves, Claudia
Br. Dillman, Valeria
Br. Elías, Carola

Tutor:

Lic. Esp. Verónica Sánchez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016

HOJA DE APROBACIÓN

Nombre de la tutora

Prof. Lic. Sánchez Verónica

Nombre de los autores

Chaves Claudia,

Dillman Valeria

Elías Carola

Información sobre la Ley N° 18.987, Interrupción Voluntaria del Embarazo que poseen las mujeres que asisten a la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas Período mayo-junio del 2016

Montevideo

Trabajo final de investigación para la obtención del Título de Grado de **Licenciado en Enfermería.**

Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay.

Fecha de aprobación:

Tribunal:

Firma de tutora:

.....

AGRADECIMIENTOS

El equipo investigador agradece a las siguientes personas por el apoyo y colaboración brindada, gracias a las cuales se pudo llevar adelante esta tarea tan importante para nuestra carrera.

- A nuestra tutora, Prof Agda. Verónica Sánchez, por acompañarnos y guiarnos durante el desarrollo de la misma.
- A las autoridades del Hospital de Clínicas, quienes nos permitieron el ingreso para así poder desarrollar la investigación.
- Al personal de la biblioteca de la Facultad de Enfermería por la orientación en el manejo bibliográfico.
- A todas las personas que fueron partícipes de las encuestas.
- A nuestros familiares y amigos que con su constante apoyo nos motivaron a continuar y a superar los obstáculos.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

- **IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo**
- **OMS: Organización Mundial de la Salud**
- **MSP: Ministerio de Salud Pública**
- **ODM: Objetivos del Milenio**
- **SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud**
- **MYSU: Mujer y Salud**

ÍNDICE

Resumen.....	Pág. 7
---------------------	---------------

Introducción.....	Pág. 8
Problema, Objetivo general y Objetivos específicos.....	Pág. 11
Antecedentes.....	Pág. 12
Marco Teórico.....	Pág. 17
Metodología.....	Pág. 23
Consideraciones éticas.....	Pág. 31
Carta de Autorización.....	Pág. 32
Análisis e interpretación de datos.....	Pág. 33
Gráficas y tablas.....	Pág. 35
Discusión.....	Pág. 48
Conclusiones y Sugerencias.....	Pág.50
Bibliografía.....	Pág. 52
Anexo 1: Protocolo de investigación.....	Pág.55
Anexo 2: Instrumento para la recolección de datos	Pág.97
Anexo 3: Ley 18.987.....	Pág.104
Anexo 4: Manual y guía práctica para el IVE.....	Pág.105

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre la Ley 18.987, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la información que las mujeres tienen de ella.

Este tema se aborda desde un enfoque de derechos de las mujeres para decidir sobre su vida sexual y reproductiva; reconociendo su autonomía a la hora de realizar la interrupción del embarazo. Es importante para ello saber qué grado de información sobre la ley tienen las mujeres, así como a través de qué medio reciben la información.

El derecho al acceso a la información de manera oportuna y clara debe ser garantizado por el Estado, a través de sus diferentes políticas públicas. Si bien la ley lleva cuatro años de aprobada, no hay registros de la información que se tiene acerca de ella.

Para hacer un seguimiento de dicha información se tomó a la población objetivo las mujeres que asisten como usuarias a la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas, en el período mayo-junio de 2016. La metodología utilizada corresponde a una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal, en base a una muestra no probabilística por conveniencia. La recolección de datos fue a través de una encuesta anónima compuesta por 20 preguntas abiertas y de múltiple opción.

Como resultado se obtuvo que si bien las usuarias reconocieron la existencia de la Ley 18.987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, no tienen un gran conocimiento sobre la misma.

Para ello es necesario que se continúe trabajando desde la educación en salud.

Palabras Clave: Interrupción Voluntaria del embarazo. Nivel de Información. Ley 18.987. Derechos sexuales y Reproductivos.

INTRODUCCIÓN

El interés del presente trabajo en conocer el nivel de información que poseen las mujeres acerca de la Ley 18.987, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), surge de la necesidad de saber qué impacto ha tenido esta nueva ley en la población. Dicha ley fue aprobada en octubre de 2012, dando respuesta a una problemática sanitaria y social existente hasta ese momento a nivel nacional. La temática ha sido materia de controversias entre los diversos sectores de la sociedad, incluido el ámbito de la salud, ya que cada año mueren mujeres a causa de abortos ilegales en condiciones inseguras.

La información debe ser garantizada por el Estado a través de las diferentes políticas públicas. El derecho a la salud no solo abarca la atención oportuna de las personas sino también el acceso a la información. Si bien la ley lleva cuatro años de aprobada no hay registros de la información que se tiene acerca de ella.

Para tener acceso a este nivel de información se consultó a las mujeres que asisten a la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas. Para ello se elaboró el siguiente protocolo, entre los meses de setiembre de 2015 a abril de 2016; y la investigación, se llevó a cabo en los meses de mayo y junio de 2016.

Este tema se aborda desde un enfoque de derechos de las mujeres para decidir sobre su vida sexual y reproductiva; reconociendo su autonomía a la hora de realizar la interrupción del embarazo. Se hace hincapié desde el reconocimiento de la capacidad de elegir que las mujeres tienen.

La metodología utilizada corresponde a una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal, en base a una muestra no probabilística por conveniencia, siendo la población objetivo las mujeres que asisten como usuarias a la Policlínica Ginecológica

del Hospital de Clínicas. La recolección de datos fue a través de una encuesta anónima compuesta por 20 preguntas abiertas y de múltiple opción.

Es necesario tener conocimiento de las necesidades, intereses y problemas de las mujeres que optan por la decisión de interrumpir el embarazo, para poder acompañarlas en el descubrimiento de su propio camino; brindándoles un trato digno y cuidados de enfermería sin juzgar y respetando su autonomía.

El personal de Enfermería, trabaja en programas de atención desarrollando actividades e informa sobre estrategias para prevenir embarazos no deseados. También informar acerca de los riesgos pre y pos aborto, proteger los derechos de las mujeres y asesorar con respecto a los servicios de planificación familiar. Acompañar a las mujeres en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo y al mismo tiempo respetar, cultivar y proteger los derechos humanos es posible sobre todo se actúa de acuerdo a valores éticos fundamentales y manteniendo siempre el respeto por la libre decisión de la persona.

De acuerdo al Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras, son cuatro los deberes fundamentales que tienen las enfermeras profesionales: “promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (...) respetando los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto”.¹

La enfermera profesional deberá promover un entorno en el que se respeten los derechos humanos, los valores, costumbres y creencias espirituales de las mujeres. Se debe cerciorar que la persona reciba toda la información precisa, suficiente, oportuna y culturalmente adecuada. La enfermera deberá mantener de forma confidencial toda la información personal de la usuaria.

¹ Consejo internacional de enfermeras. Código Deontológico de Enfermería. Consejo internacional de enfermeras [Internet]. 2012;12. Available from: <http://www.icn.ch/es/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>.

También se encuentra mencionado dentro del código la responsabilidad compartida entre la enfermera y la sociedad, en donde se deberá iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales, en particular aquellos sectores de las poblaciones más vulnerables.

PROBLEMA

¿Qué conocimiento tienen las mujeres que asisten a la Policlínica Ginecológica del Hospital de clínicas acerca de la Ley 18.987 de Interrupción voluntaria del embarazo?

OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de información que tienen las mujeres sobre la ley 18.987, de interrupción voluntaria del embarazo en la policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a la población que consulta en la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas.
- Conocer qué información tienen las mujeres acerca de dicha ley.
- Indagar la información con la que cuentan las usuarias.
- Conocer cuáles son las fuentes de información a las que tuvo acceso la usuaria.

ANTECEDENTES

Durante décadas el aborto voluntario estuvo penalizado en Uruguay, y en la atención de los servicios de salud esta situación no estaba contemplada. Se asistía a las usuarias con complicaciones pos aborto, pero al no existir normativas sanitarias que orientaran las prácticas profesionales, las reacciones de los servicios y del personal eran variables. De esta forma, la Ley 9763 de 1938, que establecía que el aborto era un delito, implicaba la prevalencia del silencio y ocultamiento, así como el trato y el tipo de atención brindado por el personal asistente.

Diversos estudios realizados en el área de la salud expresan que los sectores de la población expuestos a condiciones precarias de vida tienen mayor cantidad de necesidades básicas insatisfechas, son más vulnerables y tienen un mayor riesgo de vida. También demuestran que el número de mujeres que viven en situaciones socioeconómicas deficitarias es superior al de los hombres. Las mujeres trabajan durante más horas y la mitad de su tiempo lo insume en actividades no remuneradas, tales como la maternidad y las tareas del hogar. Esto hace que disminuya su acceso a los beneficios sociales como los servicios de salud. Es por esto que es fundamental priorizar las necesidades de estos grupos más vulnerables, ya que estas características restringen la capacidad para acceder, decidir y ejercer sobre sus derechos reproductivos.

La aprobación de la Ley 18987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, colocó a Uruguay entre los primeros de la región en despenalizar la práctica del aborto, así como incluirla en los servicios de salud, hasta las doce semanas de gestación. Tanto Cuba y Uruguay se convirtieron así en los únicos países de la región que despenalizaron el aborto en todo su territorio nacional.

El aborto realizado en condiciones de riesgo era la principal causa de muerte materna en Uruguay antes de aprobada la Ley 18.987. Esto constituía una desigualdad social y

sanitaria por el impedimento que sufrían las mujeres con menos recursos para acceder a métodos más seguros de interrupción del embarazo, arriesgando su vida sometándose a abortos en condiciones insalubres y de clandestinidad.

Desde 1889 el aborto se consideraba delito para el Código Penal. En 1934 el Dr. Irureta Goyena elaboró una ley que absolvía totalmente el aborto voluntario, pudiendo realizarse por cualquier persona en cualquier lugar, sin expresión de causa y durante todo el tiempo desde la concepción hasta el nacimiento.

Pero al año siguiente, en un decreto del 15 de enero de 1935, se prohibió nuevamente la práctica de los abortos. Se exceptuaban los terapéuticos y solo en el marco de Salud Pública.

En la Ley 9.763, artículo 325, del 24 de enero de 1938 se restablece la penalización del aborto. Solo aquellos cometidos para “salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo...”² se eximían de la pena.

En el año 1978 se consideró como imprescindible recibir a todas las organizaciones o delegaciones representativas de una sociedad que venía debatiendo sobre el tema. La salud reproductiva debía ser considerada un bien social que los gobiernos, las personas, la comunidad nacional e internacional tienen la responsabilidad de lograr. El proyecto de ley buscó disminuir la incidencia de embarazos no deseados y la muerte por abortos practicados en condiciones sanitarias deficientes, pero no contó con los votos suficientes a nivel parlamentario y quedó archivado.

En 1985 los diputados Daniel Lamas y Víctor Vaillant realizaron un proyecto de Ley de Salud Integral de la Mujer que comprendía la despenalización del aborto, pero fue desestimado por la mayoría de su propio sector política.

Al ser la realización del aborto de forma clandestina y no tener regulación del Estado, no se les podía garantizar a las mujeres una adecuada atención de la salud en todas sus

² Rocha MIB Da, Rostagnol S, Gutiérrez MA. Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. Revista Brasileira de Estudios Populares. 2009; 26(2):219–36.

dimensiones. Las muertes maternas o complicaciones pos aborto comenzaron a golpear las puertas de emergencia cada vez más, teniendo su pico máximo en el año 2001. Con esto se incumplía uno de los objetivos del milenio, del año 2000, el cual trataba la “mejora de la salud materna” y “la accesibilidad a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad”.³

Fue por ello que se debían generar políticas públicas para garantizar la atención oportuna y segura a la salud de la mujer en todas sus etapas. Pero en 2002 el tema fue retomado a nivel parlamentario y esta iniciativa fue rechazada por 17 votos a 13.

Entre octubre del 2007 y noviembre del 2008, el proyecto de ley de “Salud sexual y reproductiva” -que en alguno de sus artículos comprendía la eliminación de las penas para quienes se realizaran un aborto- fue vetado por el presidente Dr. Tabaré Vázquez, contrariando a los legisladores de su propio partido político.

Fue finalmente en diciembre del 2011 que se introdujo un nuevo proyecto de Ley que fue aprobado y modificado en octubre del 2012. De esta manera, a partir de diciembre del 2012 se puso en vigencia la Ley 18.987 que regula la práctica del aborto, implementándose los servicios de aborto seguro en el Sistema Nacional Integrado de Salud, y garantizando el “derecho de la procreación consciente y responsable”⁴ y su despenalización hasta las 12 semanas de gestación.

El decreto reglamentario establece que el ámbito de la aplicación de la Ley corresponde a todo el territorio Nacional y a todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Dichas instituciones tendrán la obligación de cumplir con lo establecido en la misma. Solo podrán objetar conciencia el personal médico y técnico

³ ONU. Resolución A/RES/55/2. Declaración del Milenio. New York [Internet]. 2000;(55/2):1-17. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

⁴ Ley 18.987 [Internet]. Uruguay; 2012. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6315139.htm>

que debe intervenir directamente en la interrupción del embarazo, debiendo derivar a la usuaria a otro médico, para asegurar la continuidad de la atención inmediata.

Hasta noviembre del 2013, primer año de implementación de la Ley, según el MSP se realizaron unos 6.676 abortos legales, un promedio de 556 al mes. Dentro de este marco, la mortalidad materna se redujo a cero. El 64% fueron en Montevideo y el 41% de ellos se realizó en el sector público.

En el 2014, y de acuerdo al registro del Sistema Nacional de Información del MSP, se practicaron 8.500 abortos legales, 20% más que en el año anterior.

El 10 de diciembre del 2008 se publicó la Ley N 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”. En el primer artículo se establece que el Estado tiene el deber de garantizar condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto debe promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se estipulan.

Según Allan Guttmacher Institute, un estudio realizado en 2012 indica que en todas partes del mundo las mujeres recurren a abortos inducidos. A su vez, las leyes de aborto altamente restrictivas no implican tasas de aborto más bajas.

América Latina es una de las regiones con más leyes que prohíben totalmente el aborto y los más altos porcentajes de abortos inseguros. Aunque la despenalización va en aumento en otras regiones, la mayoría de las legislaciones siguen limitando la decisión de las mujeres en este tema. En los países en desarrollo, donde las mujeres pobres son las que tienen menor acceso a servicios de planificación familiar, hay menos recursos para pagar procedimientos de aborto seguro. Por esta causa mueren aproximadamente 47.000 mujeres cada año, casi todas en países donde las leyes son restrictivas. En América Latina y el Caribe, la tasa anual estimada de aborto inseguro solo en 2008 fue de 31 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años.

MARCO TEÓRICO

El manual de procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (MSP; 2012) establece cuatro consultas. En la primera (IVE 1), se recepciona la voluntad de la mujer. En la segunda (IVE 2), se recibe asesoramiento de un equipo interdisciplinario, integrado por un médico ginecólogo, un profesional especializado del área social y otro de la salud psíquica. En la tercera consulta (IVE 3), se expresa la decisión final de la mujer. La cuarta consulta (IVE 4) consiste en el control pos IVE, para asegurar la eficacia del procedimiento.

El decreto reglamentario establece que el ámbito de aplicación de la ley corresponde a todo el territorio nacional. Todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la misma. Las instituciones que tengan “objeción de ideario”, optar por no realizar IVE, deberán presentar una solicitud con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley. Sólo podrán objetar de conciencia: el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo, debiendo derivar a la usuaria a otro médico para asegurar la continuidad de la atención inmediata.

Con respecto a la actuación de las instituciones médicas y el personal que intervenga en los procedimientos, el reglamento señala que deben ajustarse a las normas de confidencialidad, consentimiento informado; y establece como normativa el respeto a la autonomía de la mujer, con el fin de que pueda tomar decisiones personales libres. Indica que el personal debe abstenerse de imponer sus valores y creencias, debiendo actuar de acuerdo a la evidencia científica disponible, con calidad técnica y humana.

En cuanto a los requisitos, la normativa indica que podrán acceder a la IVE las ciudadanas legales, naturales, así como las extranjeras con más de un año de residencia. El artí-

culo cuatro establece, que el procedimiento solamente podrá realizarse dentro de las 12 semanas de gestación, salvo excepciones (violación, riesgo de la mujer, malformaciones del feto). En el caso de que los plazos se vencieran por causas imputables o no al médico, equipo interdisciplinario o institución, se procederá de acuerdo al artículo 4° b.2 de la Ley 18.426 y la Ordenanza 369 del 6/08/2004 del Ministerio de Salud Pública (MSP). Se otorgará entonces una atención integral de asesoramiento sobre maternidad segura, medidas de protección sobre aborto en condiciones de riesgo.

Sobre el procedimiento, el reglamento establece que una vez manifestado por la mujer el deseo de acceder a una IVE, aduciendo las razones establecidas en el artículo 3 de la Ley 18.987 (penuria económica, familiar, social o etaria), debe ser referida a un equipo interdisciplinario el mismo día de la consulta o al día siguiente. Se establece que desde el mismo día que la usuaria comience a recibir el asesoramiento previsto por esta ley, empezará a correr el plazo de los cinco días para que manifieste su voluntad de interrumpir el embarazo (hora 0 del día sexto a partir de que comenzó a recibir asesoramiento profesional). Pero de ser un médico ginecólogo quien asista a la mujer en la primera consulta, podrá comenzar el proceso de asesoramiento desde ese día. Se establece que será el médico ginecólogo quien determine el tipo de procedimiento a seguir para la interrupción del embarazo.

El propio proceso de despenalización de la práctica, así como el de implementación de la ley, ha generado y enfrentamientos que dieron lugar a diferentes manifestaciones.

A comienzos de 2013, en el departamento de Salto, todos los médicos ginecólogos apelaron a la objeción de conciencia. La ONG Mujer y Salud en Uruguay denunció que en los servicios este departamento, las usuarias estaban siendo tratadas con hostilidad por parte de los médicos, se originaban demoras en las consultas y se incurría a la falta de asesoramiento.

En junio de 2013, tras una iniciativa impulsada por grupos conservadores y partidos políticos tradicionales del país, se convocó a un pro referéndum para derogar la ley. La consulta ciudadana no obligatoria consiguió tan solo un 8,9% del padrón electoral, necesitando un 25% para interponer el recurso de referéndum. Esto garantizó el acceso a los servicios demostrando un amplio apoyo de la ciudadanía ante la nueva ley.

El balance presentado en febrero de 2014 por el MSP sobre el primer año de implementación de esta ley (diciembre 2012-noviembre 2013) expresó una disminución considerable de la mortalidad materna. Se registraron un total de 6.676 abortos voluntarios, de los cuales un 18% son adolescentes. La tasa de IVE es de 9 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. De los datos obtenidos se conoce que un 6,3% de los casos decide continuar con el proceso. Es importante que la usuaria tenga los conocimientos suficientes frente a la práctica de la Interrupción voluntaria del embarazo ya que, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es importante conocer las vivencias de las mujeres y saber si conocen sus derechos, saber si cuentan con contención emocional; cómo se vivencia el pre y pos aborto; cómo incide en ellas la participación de los profesionales en el mismo.

El término derechos sexuales y reproductivos refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su vida reproductiva y su sexualidad; y a la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones.

Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tienen los siguientes objetivos generales:

-Universalizar la cobertura de salud sexual y reproductiva en el nivel primario de atención; fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados.

-Garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato.

-Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona.

-Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena; así como en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar.

-Impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

-Promover la coordinación interinstitucional y la participación en las redes sociales de usuarios y usuarias de los servicios de salud, para el intercambio de información, educación y apoyo solidario.

En cuanto a los objetivos específicos se destacan:

-Difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y adultos en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva.

-Prevenir la morbi mortalidad materna y sus causas.

-Fomentar el parto humanizado, garantizando la intimidad y privacidad.

-Desarrollar programas asistenciales con estrategias de disminución del riesgo y daño, que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos.

-Promover la maternidad y paternidad responsable, y la accesibilidad a su planificación.

-Garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables.

-Incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente.

-Fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias; entre otras.

Con el fin de brindar la información necesaria en los derechos sexuales y reproductivos, se creó la línea Aborto Información Segura del 08008843 promovida por el colectivo feminista de Mujeres en el Horno; quien ha analizado y sistematizado noviembre del 2014 a diciembre del 2015 los datos que allí se recogen.

Se desprende que el promedio de edad de mujeres que llama a la línea es de 26 años (un 50,5% entre 19 y 29 años); mayoritariamente sin hijos (65,3%). El 58,5% transitó por educación secundaria en tanto que el 33,3% realizó estudios terciarios.

El 55,1% se encuentra dentro del servicio médico privado, mostrándose un 14,5% de aumento con respecto al año anterior. Un 44,1% manifiesta haber usado como método anticonceptivo el preservativo y un 29,2% no estar usando ningún método. El 45% expresa estar acompañada por sus parejas. En la etapa previa a la interrupción del embarazo el porcentaje es de un 70% teniendo la misma representación quienes llaman para informarse sobre el procedimiento.

Dentro de los datos cuantitativos recogidos a partir de las fichas de relevamiento de la línea, un 17,2% de las mujeres que llaman no pueden realizarse el procedimiento en el marco de la Ley IVE, representado en un 9,4% quienes se encuentran fuera de los plazos establecidos por la ley. Las llamadas son mayoritariamente de Montevideo correspondiente a un 68,4%.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se trata de una investigación cuantitativa que presenta un diseño descriptivo de corte transversal, en base a un muestreo por conveniencia.

Área de estudio: Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

Universo: Usuarias que concurren al Hospital de Clínicas.

Población: Usuarias que concurren a la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas.

Muestra: usuarias que asistan a la consulta de lunes a viernes de 8 a 12 hs, en el periodo comprendido entre mayo y de junio de 2016, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio.

Unidad de Análisis: Mujeres que concurren a la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Técnica utilizada para la recolección de datos: Aplicación de cuestionario con preguntas cerradas de elaboración propia
Previamente validado en una prueba piloto.

Plan de análisis: Para el análisis de la información recabada de las entrevistas, los datos obtenidos fueron ordenados y tabulados en Microsoft Office Excel.

Se realizó una tabla para cada variable con la descripción de los datos obtenidos, la distribución por Frecuencia Absoluta, Frecuencia relativa porcentual y Frecuencia relativa acumulada.

Luego de obtenidas estas cifras se procedió a realizar las gráficas.

Crterios de inclusión:

- Mujeres que concurran a la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas.
- Mujeres que den su consentimiento informado y estén de acuerdo con la entrevista.

Criterios de exclusión:

Mujeres sordomudas.

Mujeres extranjeras.

Mujeres que no den su consentimiento para realizar la entrevista.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

• **EDAD:** Definición conceptual: Tiempo cronológico transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha actual de la entrevista.

Clasificación: Cuantitativa.

Escala de medida: Continua

Categorías:

Según las OMS se consideran:

- Adolescentes: entre los 15 y los 19 años.
- Mujeres adultas: entre los 20 y los 59 años.
- Mujeres de edad avanzada: 60 o más años.

• ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Es la calidad de un individuo en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones. Según el código civil. : Cualitativa.

Escala de medida: Nominal

Categorías:

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Viuda
- Divorciada

• NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Definición conceptual: Nivel máximo alcanzado por la usuaria en educación formal.

Clasificación: Cualitativa.

Escala de medida: Ordinal.

Categorías:

- Primaria completa
- Primaria Incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria Incompleta
- Terciaria completa
- Terciaria incompleta
- Otros

• PROCEDENCIA

Definición conceptual: Lugar donde habita la usuaria.

Clasificación: Cualitativa.

Escala de medida: Nominal

Categorías:

- Montevideo

- Interior

• OCUPACIÓN

Definición conceptual: Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona.

Clasificación: Cualitativa.

Escala de medida: Nominal.

Categorías:

- Ama de casa.
- Estudiante.
- Desocupada.
- Trabajo formal.
- Trabajo informal.

• TIPO DE FAMILIA

Definición conceptual: Se refiere a la estructura del grupo familiar que comparten un hogar, que incluye convivientes y el parentesco que existe entre ellos y en relación a un jefe de hogar.

Clasificación: Cualitativa.

Escala de medida: nominal

Categorías:

- Monoparental: formada por uno solo de los padres.
- Nuclear: Madre, padre e hijos.
- Extendida: Madre, padre, hijos, abuelos, tíos y primos.
- De hecho: cuando es unión libre.
- **CONOCIMIENTO ACERCA DE LA LEY N 18.426 SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.**

Definición conceptual: es un conjunto organizado de datos procesados vinculado a la Ley 18.426, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medida: Nominal

Categorías:

SI

NO

• CONOCIMIENTO ACERCA DE LA LEY N 18.987 SOBRE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Definición conceptual: es un conjunto organizado de datos procesados vinculado a la Ley 18.987, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medida: Nominal

Categorías: De acuerdo a la cantidad de respuestas correctas contestadas por la usuaria se aplicará la siguiente escala:

0 No informado

1-2 Poco informado

3 Ni informado Ni desinformado

4-5 Informado

6 Muy informado

• FUENTE DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA LEY N 18.987 SOBRE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Definición conceptual: Son los diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento acerca de la interrupción voluntaria del embarazo.

Conocer, distinguir y seleccionar las mismas son parte del proceso de investigación.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medida: Nominal

Categorías:

Personal de salud (Licenciada en enfermería)

Amigos

Vecinos

Diario, revistas.

Medios de comunicación

Redes sociales

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las entrevistas se realizaron de manera individual con cada usuaria y bajo el consentimiento informado de cada una, con previa autorización de la División Enfermería del Hospital de Clínicas, Jefa LE. Miriam Gorrasi, y el Comité de Ética de la mencionada institución.

Durante las primeras dos semanas de recolección se realizó una prueba piloto para probar la confiabilidad y eficacia del instrumento. Se realizaron los ajustes necesarios y luego se procedió a la aplicación final del instrumento.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante el período en el que se aplicó el instrumento se entrevistaron 68 usuarias de la policlínica, que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

Como características generales se trató de una población principalmente de mujeres adultas entre los 20 y los 59 años de edad en un 78%, solteras un 46% y que alcanzaron el nivel de secundaria incompleta un 70.5%.

Un 69% de la muestra procedía de Montevideo, mientras que el 31% restante era procedente de los demás departamentos del país.

Con respecto a la ocupación, las usuarias refirieron ser principalmente empleadas y amas de casa -casi en el mismo porcentaje (45% y 40% respectivamente). El tipo de familia que predominó en la muestra fue nuclear en un 60% de los casos, seguida por familias extendidas (25%) y monoparentales (15%).

La muestra se pronunció afirmativamente con un total de 73.5% de las usuarias, que reconocieron por lo menos tres de los seis derechos sexuales y reproductivos mencionados en el instrumento.

Cuando se realizó la pregunta “¿conoce usted la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo?”, un 92.6% de las usuarias encuestadas contestó que sí.

Específicamente se realizaron seis preguntas sobre algunas características de la mencionada ley y se estableció una escala para medir realmente qué conocimiento poseían sobre ella. La escala utilizada fue la escala de Lickert, con los siguientes atributos: No informada, Poco informada, Ni informada ni desinformada, Informada y Muy informada.

De 68 mujeres encuestadas los porcentajes fueron:

-Poco informada: 13.2%

-Ni informada ni desinformada: 13.2%

-Informada: 50%

-Muy informada: 16.1%

Lo que se puede observar también es que un 79.3% contestó por lo menos tres o más preguntas correctas con respecto a la ley 18.426 sobre derechos sexuales y reproductivos.

Con respecto a la variable “fuente de información”: un 60.5% de las usuarias mencionó la televisión como medio de comunicación. En menor proporción se mencionó a la policlínica (13.1%) y luego a través de familiares y amigos (13%).

GRÁFICOS Y TABLAS

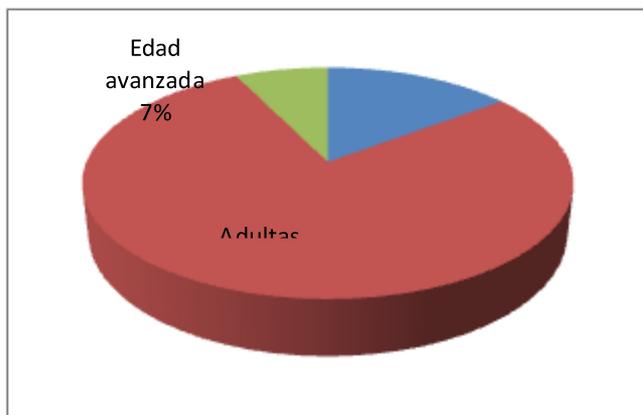
Tabla 1. Distribución de la edad según etapa del ciclo vital de las usuarias encuestadas, en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

EDAD			
	FA	FR (%)	FRA
Adolescente (entre 15 y 19 años)	10	15	0,15
Adultos (entre 20 y 59 años)	53	78	0,93

Edad Avanzada (60 años o más)	5	7	1,00
<i>Total</i>	68	100	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Grafico 1. Distribución de la edad según etapa del ciclo vital de las usuarias encuestadas, en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

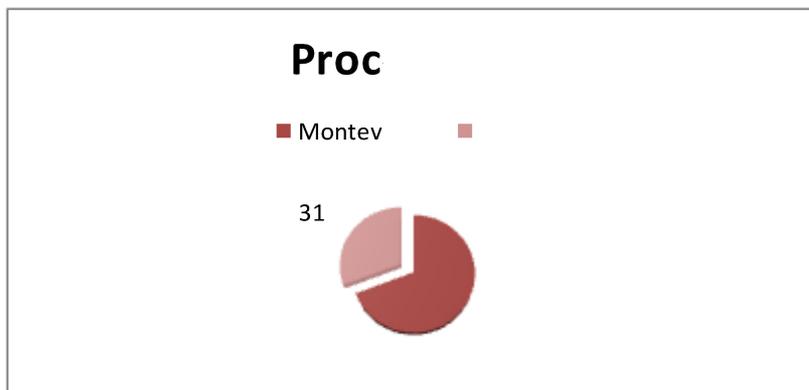
Con respecto a la edad se puede decir que la mayoría de las usuarias encuestadas eran adultas en un porcentaje de 78%, luego encontramos mujeres adolescentes en un porcentaje del 15% y solo se encontró un 7% de usuarias en edad avanzada. Podemos decir que la muestra se conformó principalmente por usuarias en edad reproductiva.

Tabla 2. Procedencia de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

PROCEDENCIA			
	FA	FR (%)	FRA
Montevideo	47	69	0,69
Interior	21	31	1,00
<i>Total</i>	68	100	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Grafico 2. Procedencia de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

De 68 mujeres encuestadas un 69% procedían de Montevideo mientras que el 31% era del interior. El gran porcentaje de las usuarias que provienen del interior, se debe a que

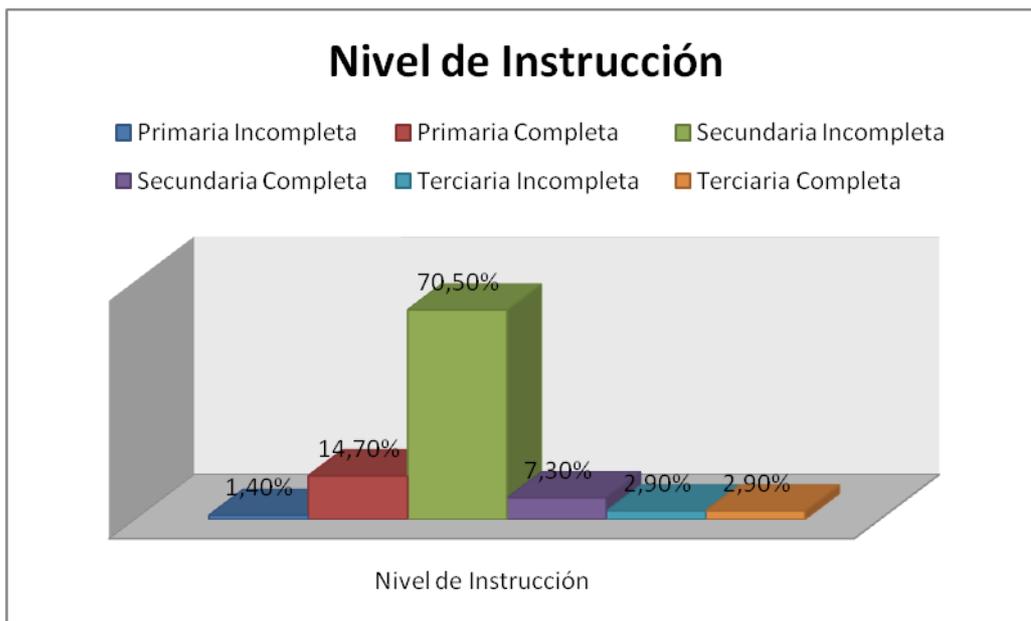
el Hospital de Clínicas al ser un hospital de referencia a nivel nacional concurren usuarias de distintos lugares del país.

Tabla 3. Nivel de Instrucción de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Nivel de Instrucción			
	FA	FR (%)	FRA
Primaria Completa	10	14.7	0,14
Primaria Incompleta	1	1.4	0,16
Secundaria Completa	5	7.3	0,87
Secundaria Incompleta	48	70.5	0,94
Terciaria Completa	2	2.9	0,97
Terciaria Incompleta	2	2.9	1,00
<i>Total</i>	68	99.7	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Grafico 3. Nivel de Instrucción de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

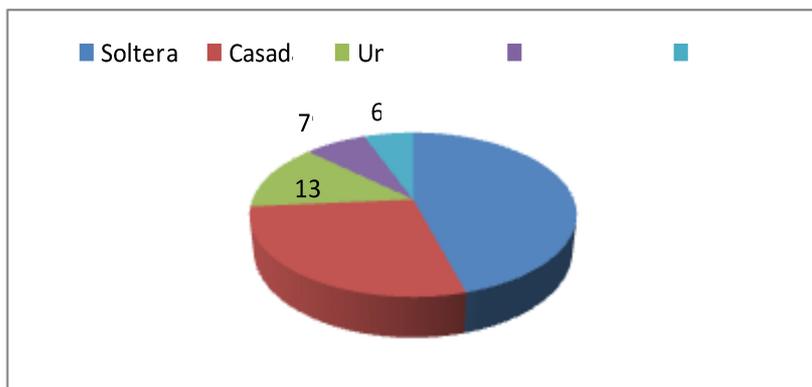
Se encontró un 70.5% de usuarias que refirieron haber alcanzado el nivel de secundaria incompleta, seguido de un 14.7% de usuarias que alcanzaron primaria completa.

Tabla 4. Estado Civil de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Estado Civil			
	FA	FR (%)	FRA
Soltera	31	46	0,46
Casada	19	28	0,74
Unión	9	13	0,87
Viuda	4	6	0,93
Divorciada	5	7	1,00
<i>Total</i>	68	100	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Grafico 4. Estado Civil de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

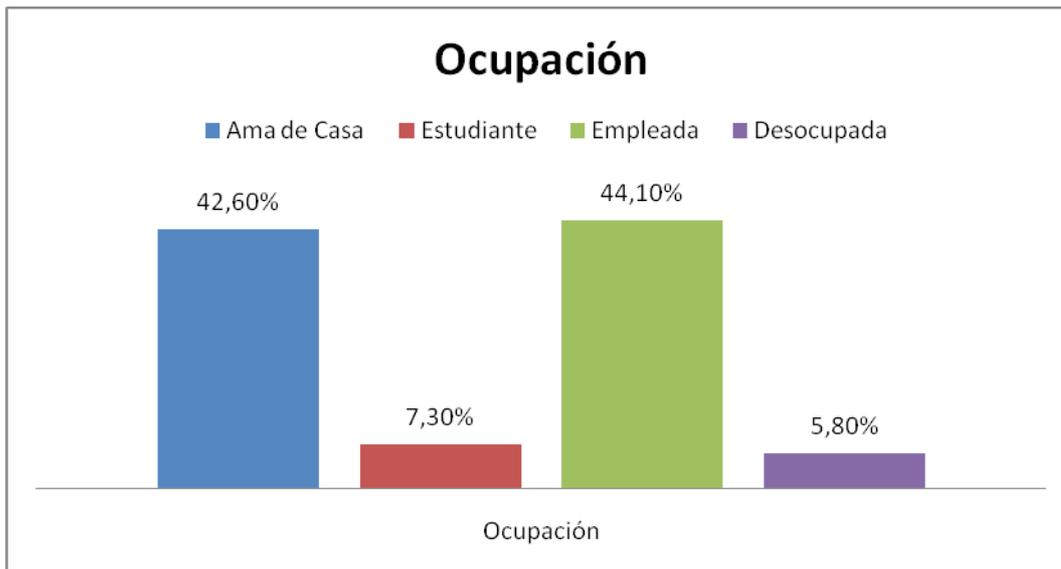
Con respecto al estado civil se puede decir que un 46% de las usuarias refirieron ser solteras mientras que un 28% refirió ser casada.

Tabla 5. Ocupación de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

OCUPACIÓN			
	FA	FR (%)	FRA
Ama de Casa	29	42.6	0,43
Estudiante	5	7.3	0,50
Empleada	30	44.1	0,94
Desocupada	4	5.8	1,00
<i>Total</i>	68	99.8	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Grafico 5. Estado Civil de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

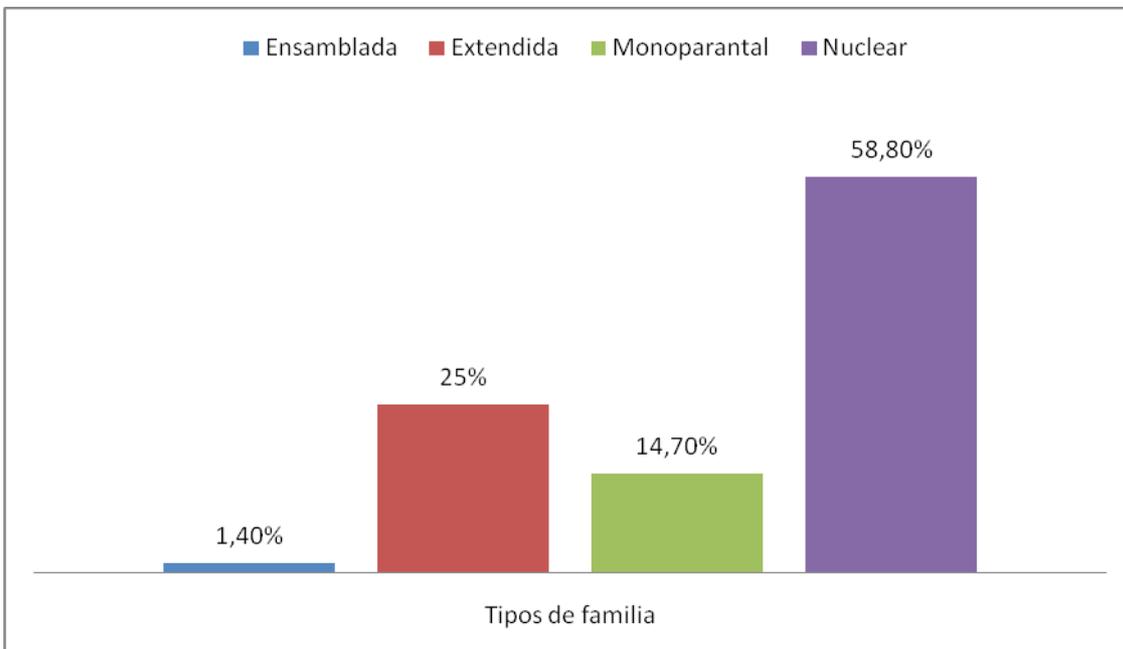
De la ocupación se puede decir que la muestra principalmente se dividió entre las usuarias que refirieron ser amas de casa (42.6%) y un 44.1% refirió ser empleada.

Tabla 6. Tipos de Familia de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 de la policlínica del Hospital de Clínicas.

TIPOS DE FAMILIA			
	FA	FR (%)	FRA
Ensamblada	1	1.4	0,01
Extendida	17	25	0,26
Monoparental	10	14.7	0,41
Nuclear	40	58.8	1,00
<i>Total</i>	68	99.9	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Gráfico 6. Tipos de Familia de las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 de la policlínica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Con respecto a los tipos de familia se obtuvo un 58.8% de usuarias que pertenecieron al tipo de familia nuclear, un 25% Extendida y un 14.7% se pronunció como Monoparental.

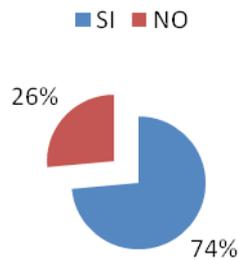
Tabla 7. Conocimiento acerca de la ley 18426 sobre derechos sexuales y reproductivos a las usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Conocimiento sobre la Ley de Derechos Sexuales			
	FA	FR (%)	FRA
SI	50	74	0,74
NO	18	26	1,00
<i>Total</i>	68	100	

Datos aportados por el instrumento de estudio en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Grafico 7. Conocimiento acerca de la ley 18426 sobre derechos sexuales y reproductivos a las usuarias encuestadas en el periodo mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Conocimiento sobre la ley de derechos sexuales y Reproductivos



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

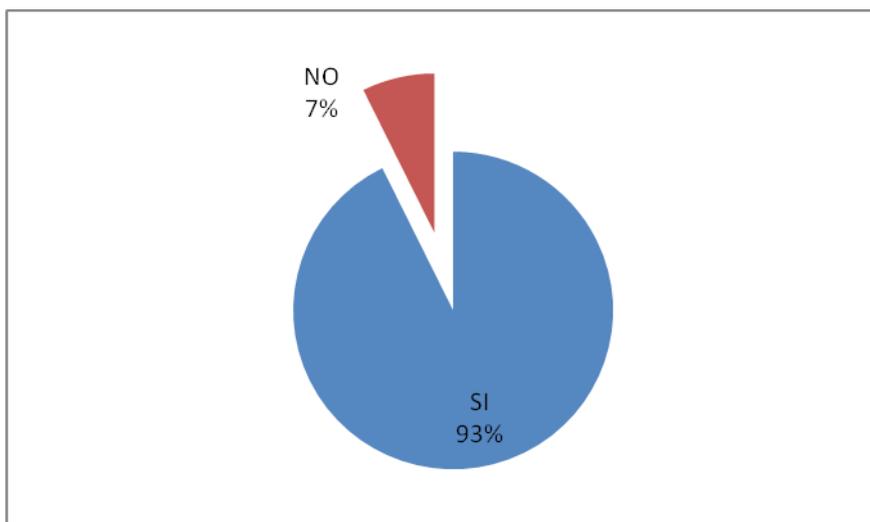
En relación al conocimiento que tienen las usuarias sobre la existencia de una ley sobre derechos sexuales y reproductivos se puede decir que un 74% de las usuarias reconocieron por lo menos tres de los siguientes derechos: poder gozar de una sexualidad placentera y enriquecedora, como un elemento para poder lograr el bienestar individual y colectivo, capacidad de procrear o la decisión de no hacerlo, libertad para decidir la cantidad y el distanciamiento entre los embarazos, acceso a los métodos de regulación de la fecundación eficaces, acceso a los servicios adecuados para la atención antes y después del parto y acceso a información y a métodos anticonceptivos.

Tabla 8. Conocimiento que tienen las usuarias acerca de la ley 18.897 sobre IVE en el período mayo – junio 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Conocimiento sobre la Ley IVE			
	FA	FR (%)	FRA
SI	63	93	0,93
NO	5	7	1,00
<i>Total</i>	68	100	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Grafico 8. Conocimiento que tienen las usuarias acerca de la ley 18.897 sobre IVE en el período mayo – junio 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

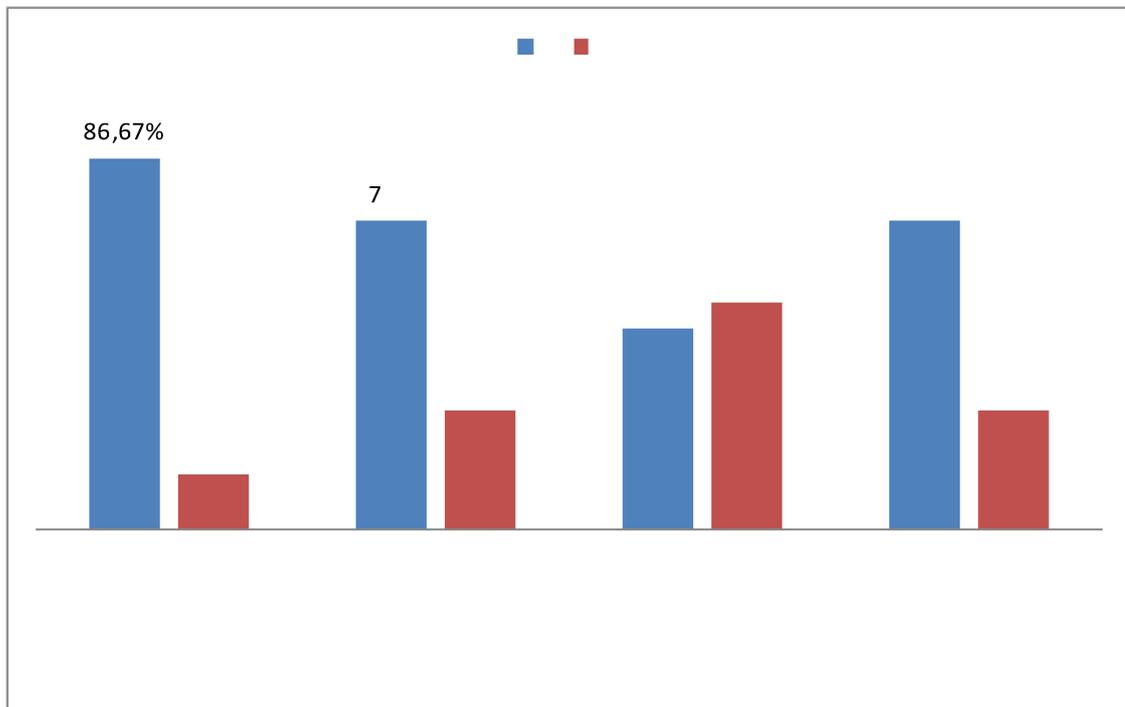
Con respecto al conocimiento que tienen las usuarias sobre la ley 18987 sobre interrupción voluntaria del embarazo se puede decir que en un 93% las usuarias reconocieron la existencia de dicha ley.

Tabla 9. Preguntas específicas sobre la ley de IVE realizadas a las usuarias encuestadas durante el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

	SI		NO		FRA
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
¿Sabe a dónde concurrir?	59	87	9	13	1,00
¿Conoce el límite de semanas para presentarse?	49	72	19	28	1,00
¿Conoce cuantos días de reflexión le debe otorgar el equipo de salud?	32	47	36	53	1,00
¿Conoce el método a utilizar para interrumpir el embarazo?	49	72	19	28	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Gráfico 9. Preguntas específicas sobre la ley de IVE realizadas a las usuarias encuestadas durante el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

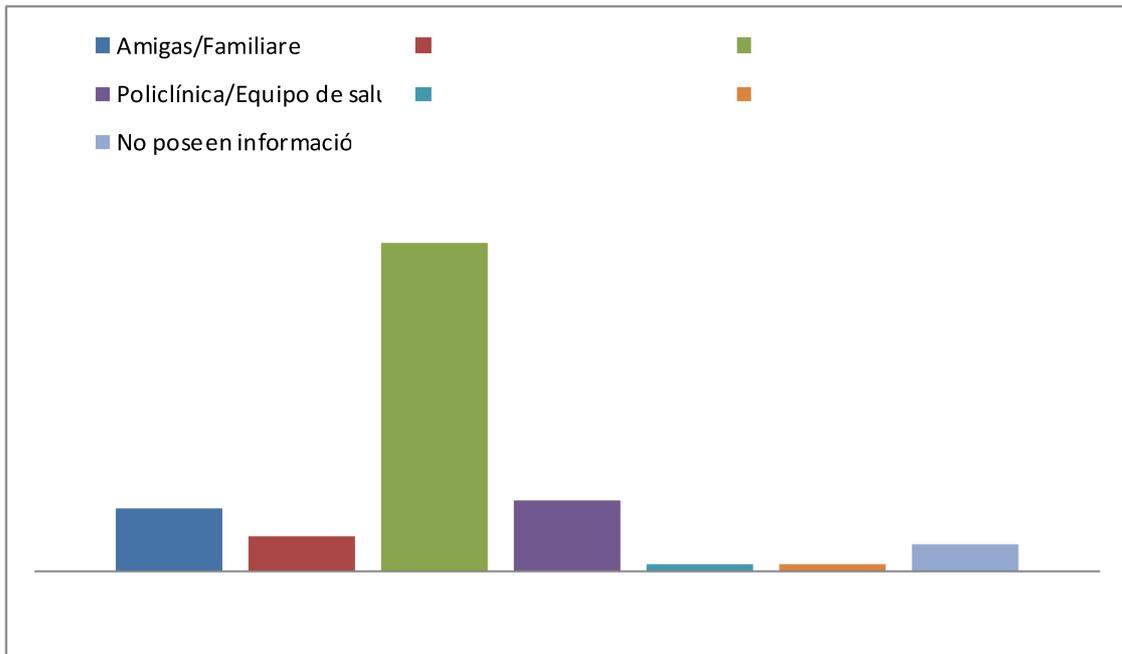
Con respecto al conocimiento que tienen las usuarias acerca de aspectos específicos mencionados en la ley 18897 sobre interrupción voluntaria del embarazo se puede decir que las usuarias reconocieron en un 86.6% a donde debían concurrir en caso de querer realizar el procedimiento, un 72% conoce hasta con cuantas semanas de embarazo puede presentarse, y en igual porcentaje reconocieron cual es el método de preferencia para interrumpir el embarazo. No así un 52.9% de las usuarias no tenían conocimiento sobre el período de reflexión que el equipo de salud debe brindarle a la usuaria donde ella puede revocar la decisión de continuar con el embarazo o no.

Tabla 10. Fuentes de información a las que la usuaria tuvo acceso sobre la ley de IVE, a aquellas usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Fuente de Información			
	FA	FR (%)	FRA
Amigos / Familiares	8	12	0,12
Internet / Redes Sociales	4	6	0,18
TV	41	60	0,78
Policlínica	9	13	0,91
Inst. Educativos	1	1	0,93
Mujeres en el Horno	1	1	0,94
No poseen Información	4	6	1,00
<i>Total</i>	68	100	

Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Gráfico 10. Fuentes de información a los que la usuaria tuvo acceso sobre la ley de IVE, a aquellas usuarias encuestadas en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.



Datos aportados por el instrumento de recolección de datos en el período mayo – junio del 2016 en la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

En relación a la fuente de información más mencionada por las usuarias fue la televisión con un porcentaje de 60.5%, luego en menor proporción la policlínica con un 13.1%, amigos y familiares un 12%.

DISCUSIÓN

Independientemente de la etapa de su vida sexual en que se encuentren la mujeres; la aprobación de la ley 18.987 es un legado para las sociedades futuras, es un quiebre en el poder de elección de cómo y cuándo vivir la maternidad. Estas políticas llevan a asegurar a la mujer mayor respaldo, menos presión social, y más tranquilidad al decidir sobre ciertos temas privados.

La presente investigación tiene ciertas coincidencias con otras ya realizadas a nivel nacional, por ejemplo coincide con investigaciones como la del MYSU del año 2013, en esta investigación se concluye que el servicio de salud es un “lugar de referencia si se trata de atender el embarazo y el parto, pero no así para obtener información y asesoramiento frente al inicio de la vida sexual, para elegir el método anticonceptivo o frente a otra situación (violencia de género, etc.)”⁵. Es importante considerar que cada día existen miedos, tabúes, e inseguridades al momento de consultar a un profesional sobre diferentes preguntas que les puedan surgir, por ello, creemos que la nueva aplicación lanzada por el gobierno “El Gurú del Sexo” donde las mujeres podrán a través de su celular consultar diferentes dudas que les surjan es una buena iniciativa para seguir avanzando hacia un mayor compromiso, mejor cuidado, y disminuir los embarazos no deseados, o los abortos inseguros por falta de información.

A través de una investigación de MYSU del año 2015 se reporta que “la desinformación puede deberse a la baja intensidad de las campañas informativas sobre el contenido de las leyes. A esto se le suma la desigualdad existente para acceder a la información según edad, nivel educativo y nivel socioeconómico”⁶. En nuestra investigación, constatamos

⁵ MYSU. Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. 2013; Available from: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe-Observatorio-20131.pdf>

⁶ MYSU. Informe sobre el estado de situación y desafíos en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro, y Soriano. Obs en género y salud Sex y Reprod [Internet]. 2015; Available from: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/05/2015-Informe-Litoral.pdf>

dicha información ya que aunque existía reconocimiento sobre dichos derechos, solo tres cuartas partes de la muestra (74%) contestó conocerlos siendo ésta principalmente con un nivel educativo de secundaria incompleta (70.5%).

En otro estudio presentado por el MYSU en el año 2013, un 57.5% de las encuestadas conocían los derechos sexuales y reproductivos, y en nuestra población las tres cuartas partes los identificaron, aunque habría que profundizar el grado de conocimiento de las mismas, podemos ver, que cada vez son más mujeres las que se informan.

Si hablamos específicamente respecto a la Ley del IVE, podemos sacar en conclusión que casi en su mayoría la población conoce dicha ley. Sin embargo, conocer de su existencia y estar realmente informados no es lo mismo, y lo constatamos al realizar preguntas más específicas y concretas que solo mitad de la población lograron contestar correctamente, con respecto a esto un estudio realizado por MYSU en el año 2015 se pudo observar que de los derechos sexuales y reproductivos el más mencionado por las mujeres fue el de derecho al aborto, y esto puede deberse al gran debate público todavía presente en nuestra sociedad y a los pocos años que tiene de vigencia la ley.

Coincidimos en que las fuentes de información más nombradas fueron los medios masivos de comunicación y luego los entornos familiares y amigos, al igual que en nuestra investigación en un porcentaje de 60.5% y 12% respectivamente, aunque vemos un cambio ya que en nuestra investigación un 13% de las usuarias también declararon la policlínica como fuente de información.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Luego de casi cuatro años de implementada la Ley 18.987 se busca brindar a las mujeres una atención enmarcada en la calidad asistencial; siendo el personal de salud accesible, brindando la información necesaria, oportuna, precisa y completa, realizando prevención y promoción en salud.

A modo de finalización podemos concluir que en lo que refiere a la legislación, ha habido avances importantes pertinentes a la protección de los derechos de la mujer en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva.

Si bien dichos cambios han ido evolucionando de una forma lenta, podemos decir que ha servido para que sea segura, y duradera, pues se ha comprendido la necesidad de que la mujer pueda tomar la decisión que crea más adecuada para su vida en lo referente a la continuidad o no del embarazo.

Con estos cambios se busca minimizar riesgos, y reducir mortalidad de las mujeres que toman la decisión de interrumpir su embarazo. Pues no sólo se brinda un marco jurídico que las respalde, sino que también se garantiza su bienestar, ya que el procedimiento es practicado por un equipo profesional.

Algo importante a destacar es que existiendo la ley que les permita llevar a cabo la interrupción, la misma le brinda a la paciente un periodo de reflexión de 5 días, después de haber sido asesorada por el equipo interdisciplinario, para finalmente llevar a cabo la finalización del embarazo.

A través de la aplicación de la encuesta y de la escala de Lickert utilizada se destaca que un 50% está informada y un 16,1% muy informada con respecto a la ley de IVE.

Ya que a pesar que hace cuatro años de estar establecida la Ley 18.987 las mujeres no poseen un amplio conocimiento de la misma.

El método de comunicación más mencionado ha sido la televisión con un 60.5%, mientras que luego siguen, la policlínica 13% y el entorno familiar en un 12%. Lo que podemos ver como positivo es el aumento de la policlínica como lugar al que las usuarias acceden para informarse sobre sus derechos.

Consideramos que el acceso a la información es fundamental para toda la población pero principalmente para aquellos grupos humanos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Los resultados obtenidos dan cuenta de la persistencia de desigualdades sociales que determinan la apropiación y el ejercicio de estos derechos.

Los Licenciados en Enfermería dentro del equipo de salud son quienes tienen las herramientas necesarias para poder actuar adecuada y oportunamente, brindando la información necesaria a las usuarias de los servicios para que hagan uso de su autonomía, en la toma de decisiones acerca de su sexualidad y reproducción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abracinskas L, López Gómez A. Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay: un escenario cambiante. [Internet]. 2004. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqu%C3%AD-Mortalidad-Materna-Aborto-y-Salud-en-Uruguay..pdf> [consulta: 3 oct 2016].
2. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf [consulta: 3 oct 2016].
3. Correa Lucas L. Aborto voluntario en un contexto legal : perspectiva de las usuarias de los servicios de salud en Montevideo [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/lucia_correa_version_final_pdf.pdf [consulta: 3 oct 2016].
4. Briozzo L. Aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.iniciativas.org.uy/wp-content/uploads/2010/07/Abortoen-CondicionesdeRiesgoenUruguay1.pdf> [consulta: 3 oct 2016].
5. Rocha Baltar MI da, Rostagnol S, Gutiérrez MA. Aborto y parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. Rev Bras Estud Popul [Internet] 2009; 26(2): 219–36.

Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000200005 [consulta: 3 oct 2016].

6. Laxalte E. La Ley de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.internationalfreethought.org/spip.php?article297> [consulta: 3 oct 2016].

7. Interrupción voluntaria del embarazo. Ley 18.987 de 3 de octubre de 2012. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3083311.htm> [consulta: 3 oct 2016].

8. Mujeres en el Horno. Línea aborto, información segura 0800 8843: decidir es nuestro derecho. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://mujeresenelhorno.org/sites/default/files/Informe%20Mujeres%20en%20el%20Horno%200800%208843.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

9. Alan Guttmacher Institute. Panorama general del aborto clandestino en América Latina. [Internet]. 2001. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/ib12sp.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). [Internet]. 2012. Disponible

en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-aqu%C3%AD-el-Manual-de-Procedimientos-IVE.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

11. Mujer y Salud en Uruguay. Informe sobre el estado de situación y desafíos en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro, y Soriano: observatorio en género y salud. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/05/2015-Informe-Litoral.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

ANEXO 1. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**Información sobre la Ley N° 18.987,
Interrupción Voluntaria del Embarazo que
poseen las mujeres que asisten a la
Policlínica Ginecológica
del Hospital de Clínicas**

Período mayo-junio del 2016

Montevideo

Docente

Lic. Esp. Verónica Sánchez

Estudiantes

Br. Claudia Chaves

Br. Valeria Dillman

Br. Carola Elías

INTRODUCCIÓN

El interés del presente trabajo en conocer el nivel de información que poseen las mujeres acerca de la Ley 18.987, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), surge de la necesidad de saber qué impacto ha tenido esta nueva ley en la población. Dicha ley fue aprobada en octubre de 2012, dando respuesta a una problemática sanitaria y social existente hasta ese momento a nivel nacional. La temática ha sido materia de controversias entre los diversos sectores de la sociedad, incluido el ámbito de la salud, ya que cada año mueren mujeres a causa de abortos ilegales en condiciones inseguras. (1)

La información debe ser garantizada por el Estado a través de las diferentes políticas públicas. El derecho a la salud no solo abarca la atención oportuna de las personas sino también el acceso a la información. Si bien la ley lleva cuatro años de aprobada no hay registros de la información que se tiene acerca de ella.

Para tener acceso a este nivel de información se consultó a las mujeres que asisten a la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas. Para ello se elaboró el siguiente protocolo, entre los meses de setiembre de 2015 a abril de 2016; y la investigación, se llevó a cabo en los meses de mayo y junio de 2016.

Este tema se aborda desde un enfoque de derechos de las mujeres para decidir sobre su vida sexual y reproductiva; reconociendo su autonomía a la hora de realizar la interrupción del embarazo. Se hace hincapié desde el reconocimiento de la capacidad de elegir que las mujeres tienen.

La metodología utilizada corresponde a una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal, en base a una muestra no probabilística por conveniencia, siendo la población objetivo las mujeres que asisten como usuarias a la Policlínica Ginecológica

del Hospital de Clínicas. La recolección de datos fue a través de una encuesta anónima compuesta por 20 preguntas abiertas y de múltiple opción.

Es necesario tener conocimiento de las necesidades, intereses y problemas de las mujeres que optan por la decisión de interrumpir el embarazo, para poder acompañarlas en el descubrimiento de su propio camino; brindándoles un trato digno y cuidados de enfermería sin juzgar y respetando su autonomía.

El personal de Enfermería, trabaja en programas de atención desarrollando actividades e informa sobre estrategias para prevenir embarazos no deseados. También informar acerca de los riesgos pre y pos aborto, proteger los derechos de las mujeres y asesorar con respecto a los servicios de planificación familiar. Acompañar a las mujeres en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo y al mismo tiempo respetar, cultivar y proteger los derechos humanos es posible sobre todo se actúa de acuerdo a valores éticos fundamentales y manteniendo siempre el respeto por la libre decisión de la persona.

De acuerdo al Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras, son cuatro los deberes fundamentales que tienen las enfermeras profesionales: “promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (...) respetando los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto”.⁷

La enfermera profesional deberá promover un entorno en el que se respeten los derechos humanos, los valores, costumbres y creencias espirituales de las mujeres. Se debe cerciorar que la persona reciba toda la información precisa, suficiente, oportuna y

⁷ Consejo internacional de enfermeras. Código Deontológico de Enfermería. Consejo internacional de enfermeras [Internet]. 2012;12. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>.

culturalmente adecuada. La enfermera deberá mantener de forma confidencial toda la información personal de la usuaria.

También se encuentra mencionado dentro del código la responsabilidad compartida entre la enfermera y la sociedad, en donde se deberá iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales, en particular aquellos sectores de las poblaciones más vulnerables. (2)

PROBLEMA

¿Qué conocimiento tienen las mujeres que asisten a la Policlínica Ginecológica del Hospital de clínicas acerca de la Ley 18.987 de Interrupción voluntaria del embarazo?

OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de información que tienen las mujeres sobre la ley 18.987, de interrupción voluntaria del embarazo en la policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a la población que consulta en la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas.
- Conocer qué información tienen las mujeres acerca de dicha ley.
- Indagar la información con la que cuentan las usuarias.
- Conocer cuáles son las fuentes de información a las que tuvo acceso la usuaria.

ANTECEDENTES

Durante décadas el aborto voluntario estuvo penalizado en Uruguay, y en la atención de los servicios de salud esta situación no estaba contemplada. Se asistía a las usuarias con complicaciones pos aborto, pero al no existir normativas sanitarias que orientaran las prácticas profesionales, las reacciones de los servicios y del personal eran variables. De esta forma, la Ley 9763 de 1938, que establecía que el aborto era un delito, implicaba la prevalencia del silencio y ocultamiento, así como el trato y el tipo de atención brindado por el personal asistente. (3)

Diversos estudios realizados en el área de la salud expresan que los sectores de la población expuestos a condiciones precarias de vida tienen mayor cantidad de necesidades básicas insatisfechas, son más vulnerables y tienen un mayor riesgo de vida. También demuestran que el número de mujeres que viven en situaciones socioeconómicas deficitarias es superior al de los hombres. Las mujeres trabajan durante más horas y la mitad de su tiempo lo insume en actividades no remuneradas, tales como la maternidad y las tareas del hogar. Esto hace que disminuya su acceso a los beneficios sociales como los servicios de salud. (1) Es por esto que es fundamental priorizar las necesidades de estos grupos más vulnerables, ya que estas características restringen la capacidad para acceder, decidir y ejercer sobre sus derechos reproductivos.

La aprobación de la Ley 18987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, colocó a Uruguay entre los primeros de la región en despenalizar la práctica del aborto, así como incluirla en los servicios de salud, hasta las doce semanas de gestación. Tanto Cuba y Uruguay se convirtieron así en los únicos países de la región que despenalizaron el aborto en todo su territorio nacional. (3)

El aborto realizado en condiciones de riesgo era la principal causa de muerte materna en Uruguay antes de aprobada la Ley 18.987. Esto constituía una desigualdad social y sanitaria por el impedimento que sufrían las mujeres con menos recursos para acceder a métodos más seguros de interrupción del embarazo, arriesgando su vida sometándose a abortos en condiciones insalubres y de clandestinidad. (4)

Desde 1889 el aborto se consideraba delito para el Código Penal. En 1934 el Dr. Irureta Goyena elaboró una ley que absolvía totalmente el aborto voluntario, pudiendo realizarse por cualquier persona en cualquier lugar, sin expresión de causa y durante todo el tiempo desde la concepción hasta el nacimiento.

Pero al año siguiente, en un decreto del 15 de enero de 1935, se prohibió nuevamente la práctica de los abortos. Se exceptuaban los terapéuticos y solo en el marco de Salud Pública.

En la Ley 9.763, artículo 325, del 24 de enero de 1938 se restablece la penalización del aborto. Solo aquellos cometidos para “salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo...”⁸ se eximían de la pena.

En el año 1978 se consideró como imprescindible recibir a todas las organizaciones o delegaciones representativas de una sociedad que venía debatiendo sobre el tema. La salud reproductiva debía ser considerada un bien social que los gobiernos, las personas, la comunidad nacional e internacional tienen la responsabilidad de lograr. El proyecto de ley buscó disminuir la incidencia de embarazos no deseados y la muerte por abortos practicados en condiciones sanitarias deficientes, pero no contó con los votos suficientes a nivel parlamentario y quedó archivado. (5)

⁸ Rocha MIB Da, Rostagnol S, Gutiérrez MA. Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. Revista Brasileira de Estudios Populares. 2009; 26(2):219–36.

En 1985 los diputados Daniel Lamas y Víctor Vaillant realizaron un proyecto de Ley de Salud Integral de la Mujer que comprendía la despenalización del aborto, pero fue desestimado por la mayoría de su propio sector política. (6)

Al ser la realización del aborto de forma clandestina y no tener regulación del Estado, no se les podía garantizar a las mujeres una adecuada atención de la salud en todas sus dimensiones. Las muertes maternas o complicaciones pos aborto comenzaron a golpear las puertas de emergencia cada vez más, teniendo su pico máximo en el año 2001. Con esto se incumplía uno de los objetivos del milenio, del año 2000, el cual trataba la “mejora de la salud materna” y “la accesibilidad a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad”.⁹

Fue por ello que se debían generar políticas públicas para garantizar la atención oportuna y segura a la salud de la mujer en todas sus etapas. Pero en 2002 el tema fue retomado a nivel parlamentario y esta iniciativa fue rechazada por 17 votos a 13.

Entre octubre del 2007 y noviembre del 2008, el proyecto de ley de “Salud sexual y reproductiva” -que en alguno de sus artículos comprendía la eliminación de las penas para quienes se realizaran un aborto- fue vetado por el presidente Dr. Tabaré Vázquez, contrariando a los legisladores de su propio partido político.(5)

Fue finalmente en diciembre del 2011 que se introdujo un nuevo proyecto de Ley que fue aprobado y modificado en octubre del 2012. De esta manera, a partir de diciembre del 2012 se puso en vigencia la Ley 18.987 que regula la práctica del aborto, implementándose los servicios de aborto seguro en el Sistema Nacional Integrado de

⁹ ONU. Resolución A/RES/55/2. Declaración del Milenio. New York [Internet]. 2000;(55/2):1–17. Available from: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Salud, y garantizando el “derecho de la procreación consciente y responsable”¹⁰ y su despenalización hasta las 12 semanas de gestación. (7)

El decreto reglamentario establece que el ámbito de la aplicación de la Ley corresponde a todo el territorio Nacional y a todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Dichas instituciones tendrán la obligación de cumplir con lo establecido en la misma. Solo podrán objetar conciencia el personal médico y técnico que debe intervenir directamente en la interrupción del embarazo, debiendo derivar a la usuaria a otro médico, para asegurar la continuidad de la atención inmediata. (7)

Hasta noviembre del 2013, primer año de implementación de la Ley, según el MSP se realizaron unos 6.676 abortos legales, un promedio de 556 al mes. Dentro de este marco, la mortalidad materna se redujo a cero. El 64% fueron en Montevideo y el 41% de ellos se realizó en el sector público.

En el 2014, y de acuerdo al registro del Sistema Nacional de Información del MSP, se practicaron 8.500 abortos legales, 20% más que en el año anterior. (8)

El 10 de diciembre del 2008 se publicó la Ley N 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”. En el primer artículo se establece que el Estado tiene el deber de garantizar condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto debe promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se estipulan.

Según Allan Guttmacher Institute, un estudio realizado en 2012 indica que en todas partes del mundo las mujeres recurren a abortos inducidos. A su vez, las leyes de aborto altamente restrictivas no implican tasas de aborto más bajas.

¹⁰ Ley 18.987 [Internet]. Uruguay; 2012. Available from: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6315139.htm>

América Latina es una de las regiones con más leyes que prohíben totalmente el aborto y los más altos porcentajes de abortos inseguros. Aunque la despenalización va en aumento en otras regiones, la mayoría de las legislaciones siguen limitando la decisión de las mujeres en este tema. En los países en desarrollo, donde las mujeres pobres son las que tienen menor acceso a servicios de planificación familiar, hay menos recursos para pagar procedimientos de aborto seguro. Por esta causa mueren aproximadamente 47.000 mujeres cada año, casi todas en países donde las leyes son restrictivas. En América Latina y el Caribe, la tasa anual estimada de aborto inseguro solo en 2008 fue de 31 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años. (9)

MARCO TEÓRICO

El manual de procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (MSP; 2012) establece cuatro consultas. En la primera (IVE 1), se receptiona la voluntad de la mujer. En la segunda (IVE 2), se recibe asesoramiento de un equipo interdisciplinario, integrado por un médico ginecólogo, un profesional especializado del área social y otro de la salud psíquica. En la tercera consulta (IVE 3), se expresa la decisión final de la mujer. La cuarta consulta (IVE 4) consiste en el control pos IVE, para asegurar la eficacia del procedimiento.

El decreto reglamentario establece que el ámbito de aplicación de la ley corresponde a todo el territorio nacional. Todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la misma. Las instituciones que tengan “objeción de ideario”, optar por no realizar IVE, deberán presentar una solicitud con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley. Sólo podrán objetar de conciencia: el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo, debiendo derivar a la usuaria a otro médico para asegurar la continuidad de la atención inmediata. (10)

Con respecto a la actuación de las instituciones médicas y el personal que intervenga en los procedimientos, el reglamento señala que deben ajustarse a las normas de confidencialidad, consentimiento informado; y establece como normativa el respeto a la autonomía de la mujer, con el fin de que pueda tomar decisiones personales libres. Indica que el personal debe abstenerse de imponer sus valores y creencias, debiendo actuar de acuerdo a la evidencia científica disponible, con calidad técnica y humana.

En cuanto a los requisitos, la normativa indica que podrán acceder a la IVE las ciudadanas legales, naturales, así como las extranjeras con más de un año de residencia.

El artículo cuatro establece, que el procedimiento solamente podrá realizarse dentro de las 12 semanas de gestación, salvo excepciones (violación, riesgo de la mujer, malformaciones del feto). En el caso de que los plazos se vencieran por causas imputables o no al médico, equipo interdisciplinario o institución, se procederá de acuerdo al artículo 4° b.2 de la Ley 18.426 y la Ordenanza 369 del 6/08/2004 del Ministerio de Salud Pública (MSP). Se otorgará entonces una atención integral de asesoramiento sobre maternidad segura, medidas de protección sobre aborto en condiciones de riesgo.(10)

Sobre el procedimiento, el reglamento establece que una vez manifestado por la mujer el deseo de acceder a una IVE, aduciendo las razones establecidas en el artículo 3 de la Ley 18.987 (penuria económica, familiar, social o etaria), debe ser referida a un equipo interdisciplinario el mismo día de la consulta o al día siguiente. Se establece que desde el mismo día que la usuaria comience a recibir el asesoramiento previsto por esta ley, empezará a correr el plazo de los cinco días para que manifieste su voluntad de interrumpir el embarazo (hora 0 del día sexto a partir de que comenzó a recibir asesoramiento profesional). Pero de ser un médico ginecólogo quien asista a la mujer en la primera consulta, podrá comenzar el proceso de asesoramiento desde ese día. Se establece que será el médico ginecólogo quien determine el tipo de procedimiento a seguir para la interrupción del embarazo.(10)

El propio proceso de despenalización de la práctica, así como el de implementación de la ley, ha generado y enfrentamientos que dieron lugar a diferentes manifestaciones.

A comienzos de 2013, en el departamento de Salto, todos los médicos ginecólogos apelaron a la objeción de conciencia. La ONG Mujer y Salud en Uruguay denunció que en los servicios este departamento, las usuarias estaban siendo tratadas con hostilidad

por parte de los médicos, se originaban demoras en las consultas y se incurría a la falta de asesoramiento.(11)

En junio de 2013, tras una iniciativa impulsada por grupos conservadores y partidos políticos tradicionales del país, se convocó a un pro referéndum para derogar la ley. La consulta ciudadana no obligatoria consiguió tan solo un 8,9% del padrón electoral, necesitando un 25% para interponer el recurso de referéndum. Esto garantizó el acceso a los servicios demostrando un amplio apoyo de la ciudadanía ante la nueva ley. (6)

El balance presentado en febrero de 2014 por el MSP sobre el primer año de implementación de esta ley (diciembre 2012-noviembre 2013) expresó una disminución considerable de la mortalidad materna. Se registraron un total de 6.676 abortos voluntarios, de los cuales un 18% son adolescentes. La tasa de IVE es de 9 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. De los datos obtenidos se conoce que un 6,3% de los casos decide continuar con el proceso. Es importante que la usuaria tenga los conocimientos suficientes frente a la práctica de la Interrupción voluntaria del embarazo ya que, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es importante conocer las vivencias de las mujeres y saber si conocen sus derechos, saber si cuentan con contención emocional; cómo se vivencia el pre y pos aborto; cómo incide en ellas la participación de los profesionales en el mismo.(8)

El término derechos sexuales y reproductivos refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su vida reproductiva y su sexualidad; y a la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones.

Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tienen los siguientes objetivos generales:

-Universalizar la cobertura de salud sexual y reproductiva en el nivel primario de atención; fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados.

-Garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato.

-Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona.

-Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena; así como en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar.

-Impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

-Promover la coordinación interinstitucional y la participación en las redes sociales de usuarios y usuarias de los servicios de salud, para el intercambio de información, educación y apoyo solidario.

En cuanto a los objetivos específicos se destacan:

-Difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y adultos en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva.

-Prevenir la morbi mortalidad materna y sus causas.

-Fomentar el parto humanizado, garantizando la intimidad y privacidad.

-Desarrollar programas asistenciales con estrategias de disminución del riesgo y daño, que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos.

-Promover la maternidad y paternidad responsable, y la accesibilidad a su planificación.

-Garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables.

-Incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente.

-Fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias; entre otras. (7)

Con el fin de brindar la información necesaria en los derechos sexuales y reproductivos, se creó la línea Aborto Información Segura del 08008843 promovida por el colectivo feminista de Mujeres en el Horno; quien ha analizado y sistematizado noviembre del 2014 a diciembre del 2015 los datos que allí se recogen.

Se desprende que el promedio de edad de mujeres que llama a la línea es de 26 años (un 50,5% entre 19 y 29 años); mayoritariamente sin hijos (65,3%). El 58,5% transitó por educación secundaria en tanto que el 33,3% realizó estudios terciarios.

El 55,1% se encuentra dentro del servicio médico privado, mostrándose un 14,5% de aumento con respecto al año anterior. Un 44,1% manifiesta haber usado como método anticonceptivo el preservativo y un 29,2% no estar usando ningún método. El 45% expresa estar acompañada por sus parejas. En la etapa previa a la interrupción del embarazo el porcentaje es de un 70% teniendo la misma representación quienes llaman para informarse sobre el procedimiento.

Dentro de los datos cuantitativos recogidos a partir de las fichas de relevamiento de la línea, un 17,2% de las mujeres que llaman no pueden realizarse el procedimiento en el marco de la Ley IVE, representado en un 9,4% quienes se encuentran fuera de los plazos establecidos por la ley. Las llamadas son mayoritariamente de Montevideo correspondiente a un 68,4%. (8)

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se trata de una investigación cuantitativa que presenta un diseño descriptivo de corte transversal, en base a un muestreo por conveniencia.

Área de estudio: Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

Universo: Usuarías que concurren al Hospital de Clínicas.

Población: Usuarías que concurren a la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas.

Muestra: usuarias que asistan a la consulta de lunes a viernes de 8 a 12 hs, en el periodo comprendido entre mayo y de junio de 2016, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio.

Unidad de Análisis: Mujeres que concurren a la policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas.

Técnica utilizada para la recolección de datos: Aplicación de cuestionario con preguntas cerradas de elaboración propia

Previamente validado en una prueba piloto.

Plan de análisis: Para el análisis de la información recabada de las entrevistas, los datos obtenidos fueron ordenados y tabulados en Microsoft Office Excel.

Se realizó una tabla para cada variable con la descripción de los datos obtenidos, la distribución por Frecuencia Absoluta, Frecuencia relativa porcentual y Frecuencia relativa acumulada.

Luego de obtenidas estas cifras se procedió a realizar las gráficas.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que concurran a la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas.
- Mujeres que den su consentimiento informado y estén de acuerdo con la entrevista.

Criterios de exclusión:

Mujeres sordomudas.

Mujeres extranjeras.

Mujeres que no den su consentimiento para realizar la entrevista.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

• **EDAD:** Definición conceptual: Tiempo cronológico transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha actual de la entrevista.

Clasificación: Cuantitativa.

Escala de medida: Continua

Categorías:

Según las OMS se consideran:

- Adolescentes: entre los 15 y los 19 años.
- Mujeres adultas: entre los 20 y los 59 años.
- Mujeres de edad avanzada: 60 o más años.

• ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Es la calidad de un individuo en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones. Según el código civil. : Cualitativa.

Escala de medida: Nominal

Categorías:

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Viuda

- Divorciada

• **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Definición conceptual: Nivel máximo alcanzado por la usuaria en educación formal.

Clasificación: Cualitativa.

Escala de medida: Ordinal.

Categorías:

- Primaria completa
- Primaria Incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria Incompleta
- Terciaria completa
- Terciaria incompleta
- Otros

• **PROCEDENCIA**

Definición conceptual: Lugar donde habita la usuaria.

Clasificación: Cualitativa.

Escala de medida: Nominal

Categorías:

- Montevideo
- Interior

• OCUPACIÓN

Definición conceptual: Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona.

Clasificación: Cualitativa.

Escala de medida: Nominal.

Categorías:

- Ama de casa.
- Estudiante.
- Desocupada.
- Trabajo formal.
- Trabajo informal.

• TIPO DE FAMILIA

Definición conceptual: Se refiere a la estructura del grupo familiar que comparten un hogar, que incluye convivientes y el parentesco que existe entre ellos y en relación a un jefe de hogar.

Clasificación: Cualitativa.

Escala de medida: nominal

Categorías:

- Monoparental: formada por uno solo de los padres.
- Nuclear: Madre, padre e hijos.
- Extendida: Madre, padre, hijos, abuelos, tíos y primos.
- De hecho: cuando es unión libre.

• CONOCIMIENTO ACERCA DE LA LEY N 18.426 SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Definición conceptual: es un conjunto organizado de datos procesados vinculado a la Ley 18.426, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medida: Nominal

Categorías:

SI

NO

• CONOCIMIENTO ACERCA DE LA LEY N 18.987 SOBRE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Definición conceptual: es un conjunto organizado de datos procesados vinculado a la Ley 18.987, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medida: Nominal

Categorías: De acuerdo a la cantidad de respuestas correctas contestadas por la usuaria se aplicará la siguiente escala:

0 No informado

1-2 Poco informado

3 Ni informado Ni desinformado

4-5 Informado

6 Muy informado

• FUENTE DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA LEY N 18.987 SOBRE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Definición conceptual: Son los diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento acerca de la interrupción voluntaria del embarazo.

Conocer, distinguir y seleccionar las mismas son parte del proceso de investigación.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medida: Nominal

Categorías:

Personal de salud (Licenciada en enfermería)

Amigos

Vecinos

Diario, revistas.

Medios de comunicación

Redes sociales

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las entrevistas se realizaron de manera individual con cada usuaria y bajo el consentimiento informado de cada una, con previa autorización de la División Enfermería del Hospital de Clínicas, Jefa LE. Miriam Gorrasi, y el Comité de Ética de la mencionada institución.

Durante las primeras dos semanas de recolección se realizó una prueba piloto para probar la confiabilidad y eficacia del instrumento. Se realizaron los ajustes necesarios y luego se procedió a la aplicación final del instrumento.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para acceder a la recolección de datos se presentará una carta autorizada por la docente tutora de la Facultad de Enfermería, la cual será dirigida a la Dirección del Hospital Universitario y otra al Departamento de Educación, con la finalidad de obtener la autorización para realizar las encuestas a las usuarias que se encuentren en sala de espera de la Policlínica Ginecológica de Atención Primaria en Salud, Centro Universitario.

La recolección de datos se llevará a cabo mediante un cuestionario, compuesto por 20 preguntas cerradas con su consentimiento informado correspondiente, que se le entregarán impresas a cada usuaria, teniendo una duración estimada de 10 minutos para su correcto y completo llenado.

El instrumento utilizado para la recolección de datos es elaborado especialmente para el presente estudio. Antes de aplicarse el cuestionario se asegurará la uniformidad en la recolección de datos, teniendo en cuenta que cada encuestado cumpla con los criterios de inclusión.

Para la confiabilidad del instrumento se realizará una prueba piloto en la misma policlínica, la que se llevará a cabo el día 27 de abril al 11 de mayo del 2016.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información General:

Estimado participante,

Somos un grupo de estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando el último ciclo de la Licenciatura en Enfermería.

Como parte de los requisitos para la obtención del título se llevará a cabo un trabajo de investigación. La misma trata sobre: **“Conocer el nivel de información que poseen las mujeres, sobre la ley 18.987, a aquellas que consultan en un servicio de salud sexual y reproductiva”**.

Enmarcado en dicho objetivo, usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar unas preguntas que le tomará aproximadamente 10 minutos. Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad.

Usted tiene el derecho a no participar si no está de acuerdo y. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar.

Consentimiento del participante:

He leído el procedimiento descrito arriba. El(la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre **“Conocer el nivel de información que poseen las mujeres, sobre la ley 18.987, a aquellas que consultan en un servicio de salud sexual y reproductiva”**.

_____ Fecha ___/___/___

Firma del participante

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

Instrumento para la recolección de datos, con el objetivo de medir que nivel de información poseen las mujeres sobre la ley 18987, en un servicio de Salud Sexual y Reproductiva.

Fecha: _____

Edad _____

1) Estado Civil:

Casada

Soltera

Unión Libre

Viuda

Divorciada

2) Nivel de Instrucción:

Primaria Incompleta

Primaria Completa

Secundaria Incompleta

Secundaria Completa

Terciaria Incompleta

Terciaria Completa

3) Domicilio

Montevideo

Interior. Departamento: _____

- 4) Ocupación
- Ama de Casa
 - Empleo formal
 - Empleo informal
 - Desocupada
 - Estudiante
- 5) Cómo está compuesto su núcleo familiar:
- Monoparental
 - Nuclear
 - Extendida
 - Ensamblada
 - De hecho
 - Homoparental
- 6) N° de gestas:
- Primigesta
 - Secundigesta
 - Multigesta
- 7) N° de hijos:
- 0
 - 1
 - 2
 - 3

8)

a) ¿Tiene usted conocimiento sobre la existencia de una ley sobre derechos sexuales y reproductivos?

- SI
- NO

b) ¿Reconoce alguno de los siguientes derechos sexuales y reproductivos?

- 1- Poder gozar de una sexualidad placentera y enriquecedora, como un elemento para poder lograr el bienestar individual y colectivo.
- 2- Capacidad de procrear o la decisión de no hacerlo.
- 3- Libertad para decidir la cantidad y el distanciamiento entre los embarazos.
- 4- Acceso a los métodos de regulación de la fecundación eficaces.
- 5- Acceso a los servicios adecuados para la atención antes y después del parto.
- 6- Acceso a información y a los métodos anticonceptivos

9) ¿Tiene conocimiento sobre la existencia de una ley sobre Interrupción voluntaria del Embarazo?

SI

NO

10) ¿Sabe Ud. a dónde debe concurrir en caso de querer realizarse la interrupción voluntaria del embarazo?

SI

NO

11) En caso afirmativo, ¿que lugar debería concurrir?

Hospital

Policlínica

Puerta de emergencia

12) ¿Reconoce que tiene derecho a acceder a la misma si así lo desea?

SI

NO

13) ¿Sabe hasta cuántas semanas tiene como límite para presentarse?

- 6 semanas

- 12 semanas

- 20 semanas

- No sabe

14) ¿Conoce cuántos días de reflexión le debe otorgar el equipo de salud?

SI

NO

15) ¿Conoce cuál es el método de preferencia para realizar la interrupción voluntaria del embarazo?

- Farmacológico

- Quirúrgico

16) ¿A través de qué medio se informó?

0800 8843 Línea aborto (Mujeres en el horno)

Policlínica

Equipo de salud

Diarios, revistas

TV

Internet

Conocidos/amigos

Otros.

17) ¿Identifica dentro del equipo de salud a la Licenciada en Enfermería?

SI

NO

18) Utilizando una escala del 1 al 10, ¿Cómo considera que fue el servicio que se le brindó en esta policlínica?

- Bueno (7,8,9,10)
- Regular (4,5,6)
- Malo (1,2,3)

19) ¿Sintió usted confianza en la atención que le brindó el equipo de salud?

SI

NO

20) ¿El personal de enfermería que lo atendió supo, identificar y satisfacer sus necesidades?

SI

NO

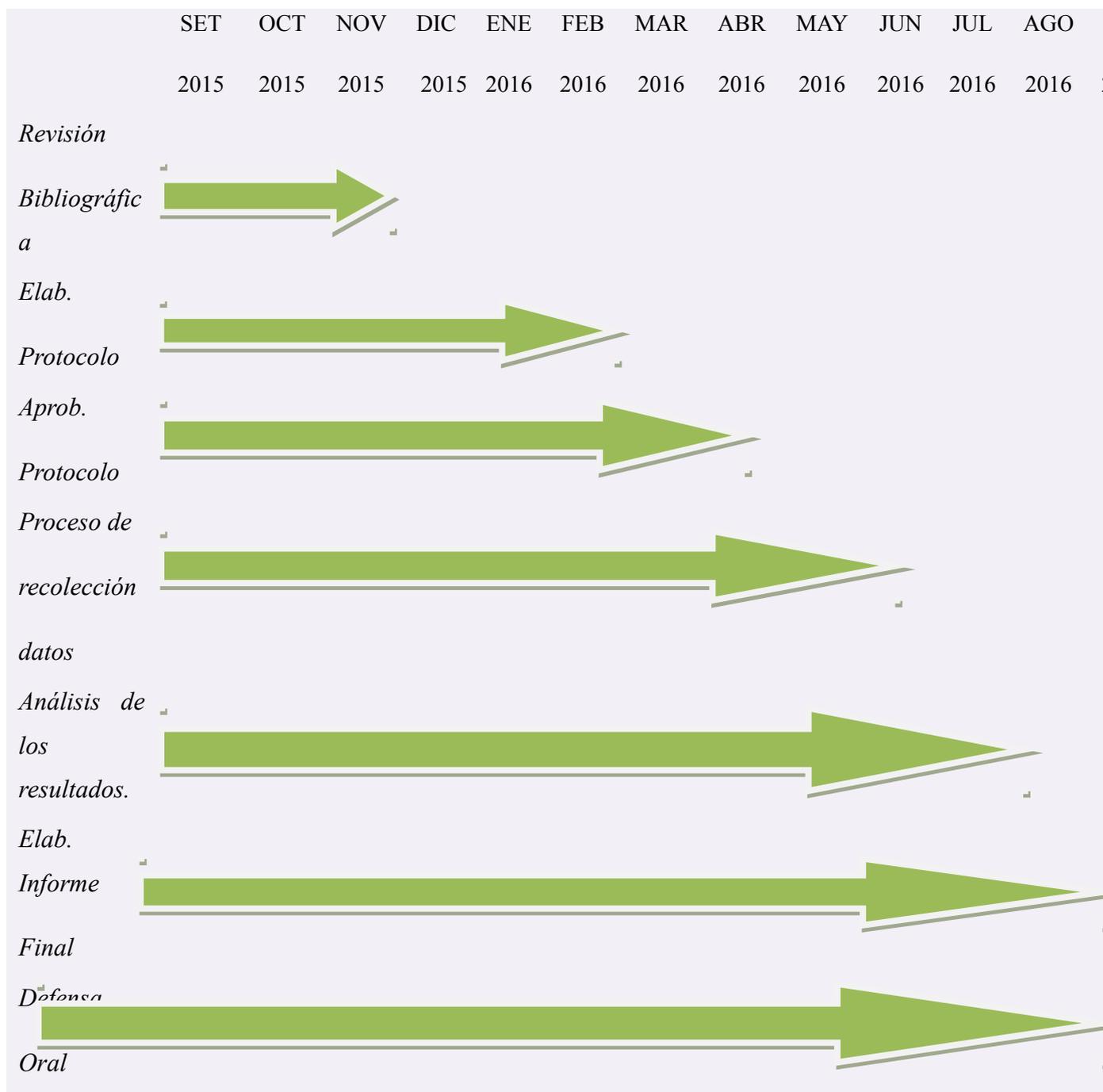
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de la información recabada de las entrevistas, los datos obtenidos serán ordenados y tabulados en Microsoft Office Excel donde se graficarán.

Cada Variable tendrá su tabla con la descripción de los datos obtenidos, la distribución por Frecuencia Absoluta, Frecuencia relativa y Frecuencia relativa porcentual.

Luego de obtenidas estas cifras se procederá a realizar las gráficas según su clasificación la representación gráfica según corresponda.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



BIBLIOGRAFÍA

1. Abracinskas L, López Gómez A. Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay: un escenario cambiante. [Internet]. 2004. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqu%C3%AD-Mortalidad-Materna-Aborto-y-Salud-en-Uruguay..pdf> [consulta: 3 oct 2016].
2. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf [consulta: 3 oct 2016].
3. Correa Lucas L. Aborto voluntario en un contexto legal : perspectiva de las usuarias de los servicios de salud en Montevideo [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/lucia_correa_version_final_pdf.pdf [consulta: 3 oct 2016].
4. Briozzo L. Aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.iniciativas.org.uy/wp-content/uploads/2010/07/Abortoen-CondicionesdeRiesgoenUruguay1.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

5. Rocha Baltar MI da, Rostagnol S, Gutiérrez MA. Aborto y parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. Rev Bras Estud Popul [Internet] 2009; 26(2): 219–36. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000200005 [consulta: 3 oct 2016].

6. Laxalte E. La Ley de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.internationalfreethought.org/spip.php?article297> [consulta: 3 oct 2016].

7. Interrupción voluntaria del embarazo. Ley 18.987 de 3 de octubre de 2012. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3083311.htm> [consulta: 3 oct 2016].

8. Mujeres en el Horno. Línea aborto, información segura 0800 8843: decidir es nuestro derecho. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://mujeresenelhorno.org/sites/default/files/Informe%20Mujeres%20en%20el%20Horno%200800%208843.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

9. Alan Guttmacher Institute. Panorama general del aborto clandestino en América Latina. [Internet]. 2001. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/ib12sp.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-aqu%C3%AD-el-Manual-de-Procedimientos-IVE.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

11. Mujer y Salud en Uruguay. Informe sobre el estado de situación y desafíos en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro, y Soriano: observatorio en género y salud. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/05/2015-Informe-Litoral.pdf> [consulta: 3 oct 2016].

**ANEXO 2. INSTRUMENTO PARA LA
RECOLECCION DE DATOS**

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

Instrumento para la recolección de datos, con el objetivo de medir que nivel de información poseen las mujeres sobre la ley 18987, en un servicio de Salud Sexual y Reproductiva.

Fecha: _____

Edad _____

1) Estado Civil:

Casada

Soltera

Unión Libre

Viuda

Divorciada

2) Nivel de Instrucción:

Primaria Incompleta

Primaria Completa

Secundaria Incompleta

Secundaria Completa

Terciaria Incompleta

Terciaria Completa

3) Domicilio

Montevideo

Interior. Departamento: _____

4) Ocupación

Ama de Casa

Empleo formal

Empleo informal

Desocupada

Estudiante

5) Cómo está compuesto su núcleo familiar:

- Monoparental
- Nuclear
- Extendida
- Ensamblada
- De hecho
- Homoparental

6) N° de gestas:

Primigesta

Secundigesta

Multigesta

7) N° de hijos:

0

1

2

3

> 3

8)

a) ¿Tiene usted conocimiento sobre la existencia de una ley sobre derechos sexuales y reproductivos?

- SI
- NO

b) ¿Reconoce alguno de los siguientes derechos sexuales y reproductivos?

- 1- Poder gozar de una sexualidad placentera y enriquecedora, como un elemento para poder lograr el bienestar individual y colectivo.
- 2- Capacidad de procrear o la decisión de no hacerlo.
- 3- Libertad para decidir la cantidad y el distanciamiento entre los embarazos.
- 4- Acceso a los métodos de regulación de la fecundación eficaces.
- 5- Acceso a los servicios adecuados para la atención antes y después del parto.
- 6- Acceso a información y a los métodos anticonceptivos

9) ¿Tiene conocimiento sobre la existencia de una ley sobre Interrupción voluntaria del Embarazo?

SI

NO

10) ¿Sabe Ud. a dónde debe concurrir en caso de querer realizarse la interrupción voluntaria del embarazo?

SI

NO

11) En caso afirmativo, ¿que lugar debería concurrir?

Hospital

Policlínica

Puerta de emergencia

12) ¿Reconoce que tiene derecho a acceder a la misma si así lo desea?

SI

NO

13) ¿Sabe hasta cuántas semanas tiene como límite para presentarse?

- 6 semanas

- 12 semanas

- 20 semanas

- No sabe

14) ¿Conoce cuántos días de reflexión le debe otorgar el equipo de salud?

SI

NO

15) ¿Conoce cuál es el método de preferencia para realizar la interrupción voluntaria del embarazo?

- Farmacológico

- Quirúrgico

16) ¿A través de qué medio se informó?

0800 8843 Línea aborto (Mujeres en el horno)

Policlínica

Equipo de salud

Diarios, revistas

TV

Internet

Conocidos/amigos

Otros.

17) ¿Identifica dentro del equipo de salud a la Licenciada en Enfermería?

SI

NO

18) Utilizando una escala del 1 al 10, ¿Cómo considera que fue el servicio que se le brindó en esta policlínica?

- Bueno (7,8,9,10)
- Regular (4,5,6)
- Malo (1,2,3)

19) ¿Sintió usted confianza en la atención que le brindó el equipo de salud?

SI

NO

20) ¿El personal de enfermería que lo atendió supo, identificar y satisfacer sus necesidades?

SI

NO

**ANEXO 3. LEY 18.987 SOBRE
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO**

**ANEXO 4. MANUAL Y GUIA PRÁCTICA
PARA EL IVE**